

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. F. P. Gall

Beurteilung der diagnostischen Maßnahmen
bei der Verdachtsdiagnose Ileus
unter besonderer Berücksichtigung
des Dickdarmileus

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Werner Dittrich
aus Bamberg

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg

Direktor: Professor Dr. F. P. Gall

Beurteilung der diagnostischen Maßnahmen
bei der Verdachtsdiagnose Ileus
unter besonderer Berücksichtigung
des Dickdarmileus

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Werner Dittrich
aus Bamberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. E. Mühe

Korreferent: Prof. Dr. F.P. Gall

Tag der mündlichen Prüfung: 09.02.1981

In Liebe widme ich diese Arbeit meinen Eltern
und meiner Tante Pati, die mir mit Zuneigung,
Verständnis und erheblicher Finanzierung hilf-
reich zur Seite gestanden haben.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Ergebnisse	2
Diskussion	11
Zusammenfassung.	19
Literaturverzeichnis	21

Einleitung

Angeichts des oft dramatischen Verlaufes eines Ileus ist die schnelle und vor allem richtige Diagnose sowohl für den niedergelassenen Arzt als auch für den Kliniker ein Problem, von dessen Lösung das Leben des Patienten abhängt. Wie bei kaum einer anderen Erkrankung bestimmt hier der Zeitpunkt der Diagnosestellung den Ausgang und erfordert schnelles Entscheiden und Handeln.

Viel zu häufig wird ein Patient mit der unzulänglichen Diagnose "akutes Abdomen" in die Klinik oder an Fachkollegen weiterüberwiesen, wobei oft ein erheblicher Zeitverlust entsteht, der bei exakter Diagnosestellung vermieden hätte werden können.

Ziel der gegenwärtigen Untersuchung ist es, anhand des Krankengutes der Universitätsklinik Erlangen/Chirurgie die diagnostischen Maßnahmen bei der Verdachtsdiagnose "Dickdarm-ileus" hinsichtlich ihrer Wertigkeit, ihrer Aussagekraft und ihrer Fehlermöglichkeiten zu analysieren und die Indikationen zum operativen Eingriff herauszuarbeiten.

Krankengut:

Von 400 Ileuspatienten der Universitätsklinik Erlangen/Chirurgie aus dem Zeitraum 1967-1976 wiesen 121 Patienten einen Dickdarmileus auf (Tab.1).

Parallel zu dieser Arbeit lief eine Untersuchung über Ileusfälle im Dünndarmbereich (21).

Tab.1

	Anzahl	
	abs.	%
Mech. Ileus: Dickdarm	121	30,20
Dünndarm	251	62,80
Dick- + Dünndarm	9	2,30
Gesamter Oberbauch	1	0,25
Gesamter Unterbauch	1	0,25
Paralyt. Ileus:	17	4,20
Gesamt:	400	100

Wie auch bei anderen Autoren (3,4,13,15,20) überwiegen die Dünndarmverschlüsse gegenüber den Dickdarmverschlüssen. Auffallend ist die kleine Anzahl dynamischer Ileuszustände.

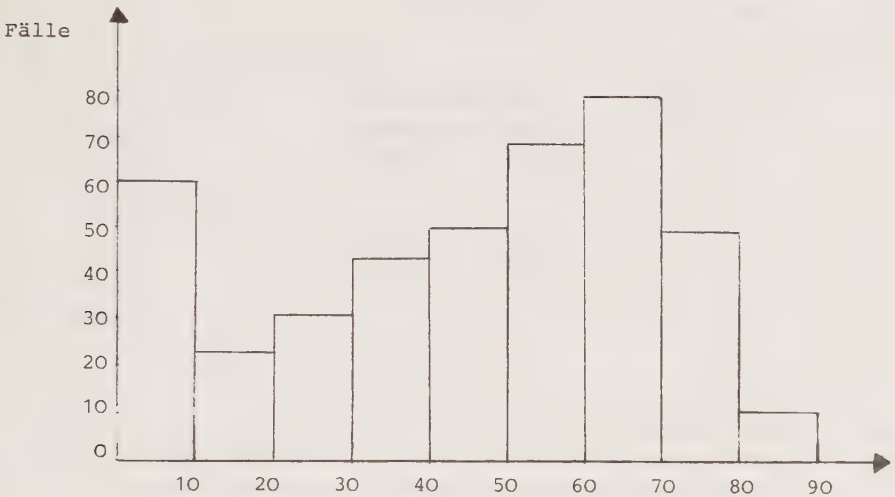
Alters- und Geschlechtsverteilung:

Die vorliegende Alters- und Geschlechtsverteilung bezieht sich auf die gesamten Ileusfälle (n=400).

So wurde ein geringfügiges Überwiegen der männlichen Patienten mit 231 Fällen (57,8%) gegenüber den weiblichen Patienten mit 169 (42,2%) gefunden.

Abb.1

Altersverteilung



Lokalisation:

Tab. 2 zeigt die Lokalisation der mechanischen Dickdarmverschlüsse (vergl. Tab.1).

Tab.2

Ileusart	Lokalisation	Anzahl	
		abs.	%
Mech. Ileus	Colon caecum	13	3,25
	Colon ascendens	9	2,25
	rechte Colonflexur	6	1,50
	Colon transversum	13	3,25

Tab.2 (Fortsetzung)

Ileusart	Lokalisation	Anzahl	
		abs.	%
Mech. Ileus	linke Colonflexur	9	2,25
	Colon descendens	11	2,75
	Sigma	25	6,25
	Rectum	15	3,75
	Gesamter Dickdarm	20	5,00
Gesamt:		121	30,25

Ursachen mechanischer Dickdarmverschlüsse

In Tab.3 sind die mechanischen Ileuszustände des Dickdarms nach ihrer Ursache aufgegliedert.

Tab.3

	Anzahl abs.	%
Tumoren	73	18,25
Briden und Adhäsionen	14	3,50
Perforation	8	2,00
Volvolus	5	1,25
Megacolon congenitum	5	1,25
Abszeß	4	1,00
Hernie	3	0,75
Fremdkörper	3	0,75
M. Crohn	2	0,50
Divertikulose	2	0,50
Invagination	2	0,50
Gesamt:	121	30,25

Abb. 2

Lokalisation der Dickdarmtumoren

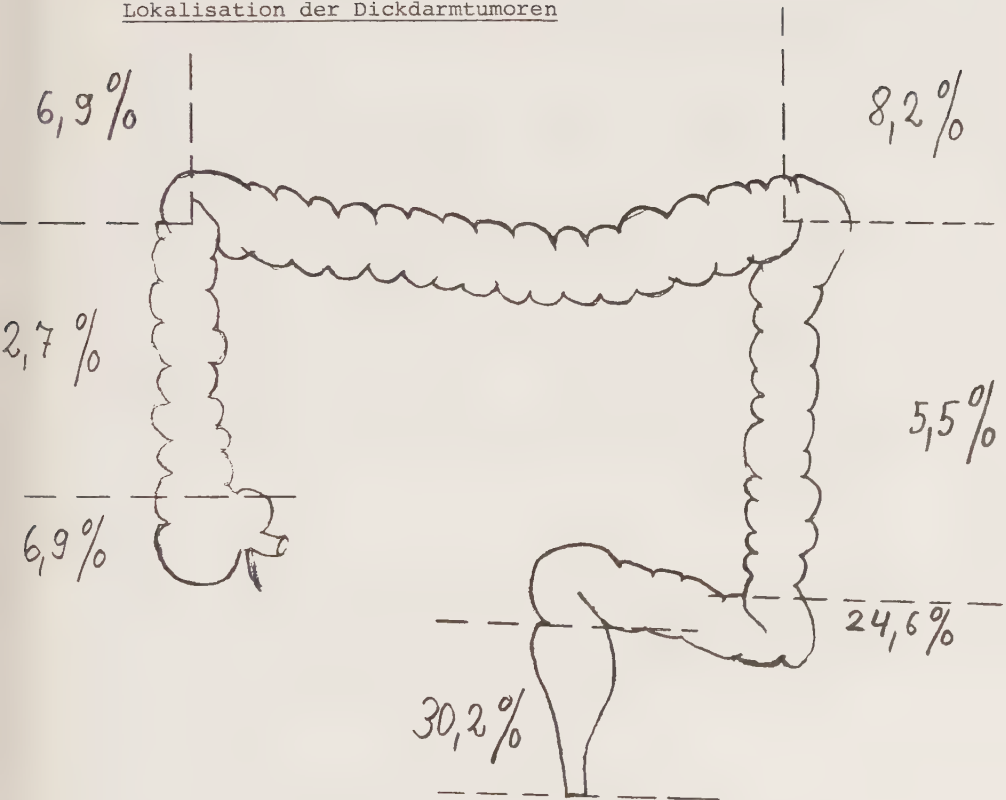


Abb. 2 macht deutlich, daß 54,8% aller Dickdarmtumoren, die einen Ileus verursachten, im Sigma- und Rektumbereich liegen und somit der digitalen Palpation und der Coloskopie zugänglich sind.

Die mit Ileussympomatik eingelieferten Patienten hatten ihre Beschwerden z.T. ziemlich lange, was u.a. durch zu häufiges Delegieren zu Fachkollegen verursacht wurde. Tab. 4 und Tab. 5 geben darüber Auskunft.

Tab.4

Dauer der Erstsymptomatik

Symptomatik seit	Anzahl	
	abs.	%
1 Tag	101	36,4
2 Tagen	42	15,1
3 Tagen	47	16,9
4 Tagen	19	6,8
7 Tagen und länger	69	24,8
Gesamt:	278	100,0

Tab.5

Zahl der Untersucher bis zur Diagnosestellung

	Anzahl	
	abs.	%
1 Arzt	248	65,5
2 Ärzte	78	20,6
3 Ärzte	35	9,2
4 Ärzte und mehr	19	5,0
Gesamt:	380	100,0

Die Sondenentlastung des Magens sollte schon zu Beginn aller Behandlungsmaßnahmen stehen und bereits durch den einweisenden Arzt gelegt werden. Tab.6 gibt darüber Aufschluß.

Tab.6

Sondenentlastung des Magens (n=400)

	Anzahl abs.	%
Magensonde gelegt	345	87,4
Magensonde nicht gelegt	50	12,6
Gesamt:	395	100,0

Ist der Patient zur chirurgischen Therapie überwiesen, sollte auch in der Klinik keine kostbare Zeit verschwendet werden. Aus Tab.7 ist ersichtlich, daß in unserem Krankengut 63,3% innerhalb der ersten 48 Std. chirurgisch versorgt wurden.

Tab.7

Dauer von der Aufnahme bis zur OP (n=400)

Noch am Aufnahmetag operiert	49,0%
am 2. Tag operiert	14,3%
am 3. Tag operiert	6,3%
am 4. Tag operiert	4,6%
am 5. Tag operiert	2,9%

Von 121 Patienten mit Dickdarmileus verstarben 28 in der Klinik. Tab.8 gliedert die Todesursachen auf.

Tab.8

Todesursache der in der Klinik verstorbenen
Dickdarm-Ileus-Patienten

	Anzahl abs.	%
Toxisches Herz- und Kreislaufversagen	13	10,79
Peritonitis	2	1,66
Akutes Rechtsherzversagen	4	3,32
Sepsis	2	1,66
Aspiration von Mageninhalt	1	0,83
Akutes Linksherzversagen	1	0,83
Lungenembolie	1	0,83
Kammerflimmern	1	0,83
Herzinsuff. bei Coronarsklerose	1	0,83
Apoplex	1	0,83
Niereninsuffizienz	1	0,83
Gesamt:	28	23,24

Tab.9

Stadien des Mech. Ileus (Gremmel und Mitarbeiter)

Ileus- stadium	Röntgenbefunde bei mech. Ileus	Pathophysiologie
I	Vermehrter Gasgehalt oberhalb der Verlegung	Aerophagie, Fäulnis Motilität verstärkt
II	Überdehnte Darm- schlingen (lokalisiert)	Beginnende Darm- erweiterung
III	Beginnende Spiegel- bildung	Verstärkte Sekretion
IV	Arkadenförmige Anordnung der Dünndarmschlingen; Dickdarm ohne Gas	Übergang der Peri- staltik in die Paralyse
V	Erweiterter Dünn- und Dickdarm mit diffuser Spiegelanordnung	Komplette Paralyse des Dünn- und Dick- darms

Das Ergebnis der Röntgenuntersuchung ist in Tab.10 wieder-
gegeben.

Tab.10

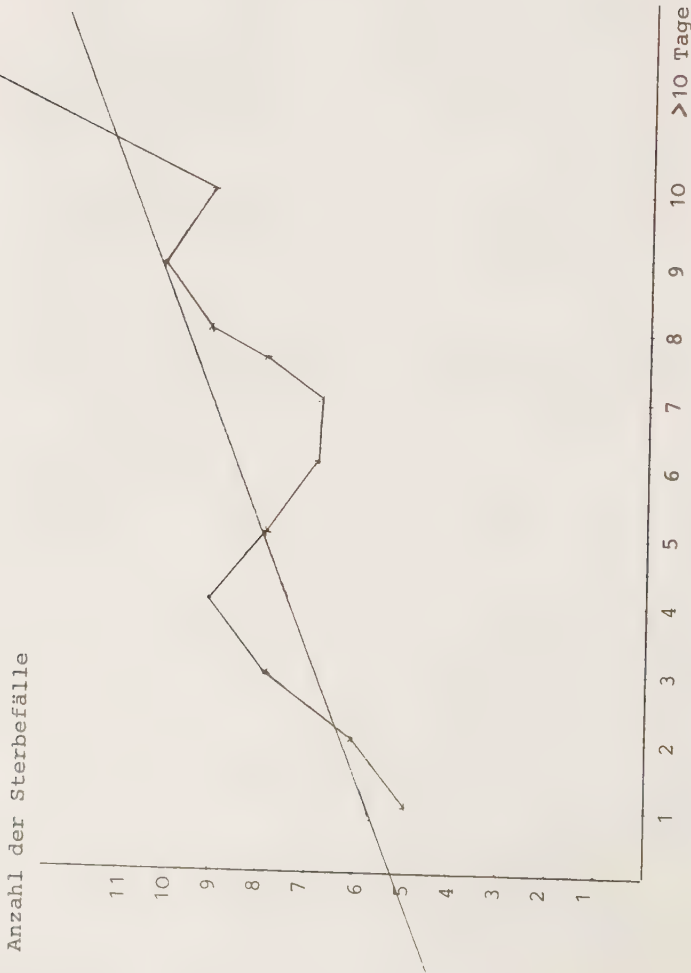
Röntgenuntersuchung (n=400)

Röntgenologisch Spiegelbildung sichtbar	n	%
auf Abdomübersichtaufnahme	180	45,0
bei Gaben von Bariumoral	4	1,0
bei Gaben von Gastrografin	29	7,25
bei Doppelkontrastdarstellung	18	4,50
	231	57,75

Zwischen der Ileusdauer und der Letalität ergab sich eine positive Korrelation (s.Abb.3).

Abb.3

Abhängigkeit der Letalität von der Ileusdauer



Sterbefälle insgesamt: 108

16 Fälle wurden nicht berücksichtigt, da sie von der Med.Uni. bzw. Uni-KKl. kurzfristig überwiesen wurden und eine genaue Dauer der Ileus-Krankheit nicht aufgefunden werden konnte.

Diskussion:

Wie aus Tab.1 ersichtlich ist, ist die Anzahl der paralytischen Ileusfälle im Vergleich zu den mechanischen Zuständen sehr gering, womit eine Übereinstimmung zu G. Zierott (20,11) gefunden wurde.

Das geringfügige Überwiegen der männlichen gegenüber den weiblichen Patienten ist bereits erwähnt worden. Bei der Altersverteilung in Abb.1 zeigt sich einmal ein deutlicher Altersgipfel von der 5. bis zur 7. Lebensdekade (4,9,20), zum anderen ein sehr hoher Anteil in der 1. Lebensdekade (58 Fälle = 14,5%). Letzterer, bedingt durch eine große Anzahl angeborener Darmatresien, Darmstenosen und Drehungsanomalien (28 Fälle = 7%), zeichnet sich auch noch durch ein deutliches Überwiegen der männlichen (44 Fälle = 11%) gegenüber den weiblichen Patienten (14 Fälle = 3,5%) aus.

Aus Tab.2 (Lokalisation) geht hervor, daß die Anzahl der mechanischen Ileuszustände, die den gesamten Dickdarmbereich betreffen, relativ groß ist (21). Es handelt sich dabei vorwiegend um diffus metastasierende Tumoren, deren Wachstum so weit fortgeschritten ist, daß ganze Darmabschnitte miteinander verbacken und obstruiert sind.

Eine weitere Untergliederung der Ursachen der mechanischen Verschlüsse findet sich in Tab.3.

Übereinstimmend mit anderen Untersuchern (3,5,7,17,20) überwiegen im Dickdarmbereich die tumorösen Veränderungen deutlich (zur Lokalisation siehe Abb.2).

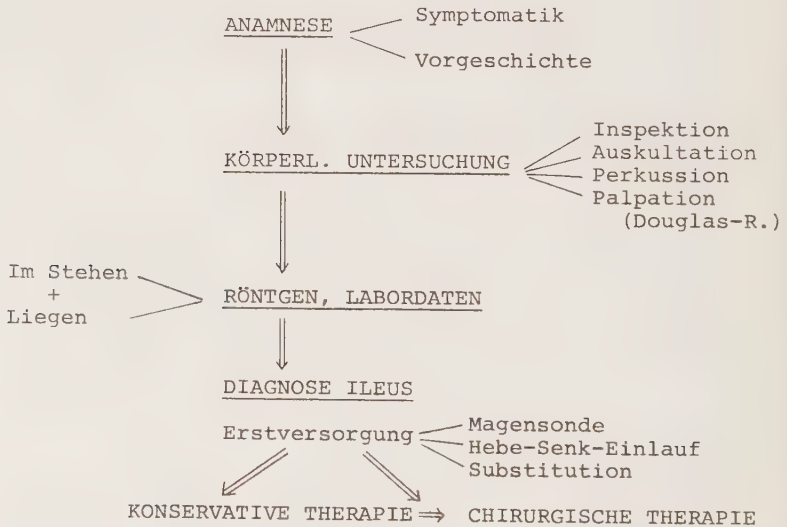
In unserem Krankengut (n = 400) stellten in 55% der Fälle niedergelassene Ärzte die Diagnose und überwiesen zur Chirurgischen Therapie (45% Hausärzte, 7% Fachärzte).

Dabei erwies sich in 68% der Fälle die Einweisungsdiagnose als richtig (53% konkret: Ileus, 15%: Akutes Abdomen:

s. Einleitung). Nur in 4% der Fälle konnte die Diagnose nicht bestätigt werden (bei den restlichen 28% handelte es sich um postoperative Ileuszustände).

Hinsichtlich der genauen Lokalisation gab es jedoch erhebliche Abweichungen, was noch einmal die bereits einleitenden Worte bekräftigt, daß die Ileusdiagnostik noch große Schwierigkeiten bereitet.

Folgende schematische Darstellung soll einmal die Elemente der Ileusdiagnostik darlegen:



Anamnese:

Eine sorgfältige Anamnese stellt einen sehr wichtigen Bestandteil der Ileusdiagnostik dar. Je länger der Patient mit Symptomen wie Schmerz, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung, meteoristische Auftreibung des Abdomens den Arztbesuch hinausschiebt, umso schneller sollte dieser dann handeln.

Tab.4 zeigt, wie lange sich das oft hinzögert.

Natürlich muß man sich im klaren sein, daß die klinische Symptomatik der Verschußkrankheit außerordentlich wechselnd in Erscheinung treten kann; Symptome wie Abdominalschmerz, Erbrechen, Stuhl- und Windverhalten sind nicht immer voll ausgeprägt oder eindeutig nachweisbar.

So ergab sich z.B. in unserem Krankengut in nur 2,5% der Fälle ein fäkalentes Erbrechen, einem Symptom, an dem ungefähr die Lokalisation des Passagehindernisses abgeschätzt werden kann (u.a. Galle, Dünndarminhalt, etc.).

Der abdominale Schmerz ist wohl das einzige konstante, aber leider am wenigsten spezifische Symptom eines Ileus (17,20). Jedoch sollte gerade dieser Befund nicht durch die Gabe von Schmerzmitteln verschleiert werden, da dann die Bauchdeckenspannung als ein wichtiges Kriterium nicht mehr auslösbar ist (V).

Sind wiederholte Untersuchungen unumgänglich, so sollten sie immer von dem gleichen Arzt durchgeführt werden, um eine richtige Beurteilung gewährleisten zu können. Häufiges Delegieren führt nur dazu, daß die Erkrankung eventuell zu spät erkannt wird (V).

Tab.5 zeigt, daß nur bei 65,5% der Patienten der erste konsultierende Arzt die Diagnose gestellt und die Einweisung ins Krankenhaus veranlaßt hat.

Vorgeschichte:

Die Frage nach früheren Operationen, die Reihenfolge und die Art der Symptome läßt wichtige Rückschlüsse auf Genese und Stadium des Ileus ziehen.

Wie bereits erwähnt, werden die meisten Dickdarmverschlüsse durch stenosierende Tumoren verursacht.

In Abb.2 findet sich eine genauere Unterteilung dieser Dickdarmverschlüsse.

Hieraus ergibt sich eine wichtige Folgerung:

54,8% aller Dickdarntumoren, die einen Ileus verursachten, liegen im Sigma- und Rectumbereich (33% aller Dickdarmilei) und sind somit der digitalen Palpation und der Coloskopie zugänglich. Auf keinen Fall sollte dieser Befund vernachlässigt werden.

Körperliche Untersuchung des Abdomens:

Die körperliche Untersuchung darf sich bei der Ileussyptomatik nicht nur auf die Inspektion und die Perkussion des Abdomens beschränken, sondern muß vor allem auch die Auskultation und die Palpation mit einschließen. So gibt die Auskultation wichtige Aufschlüsse über den Funktionszustand des Darmes wieder.

Heussner (10) zählt 3 kardinale Unterlassungssünden der klinischen Ileusdiagnostik auf:

1. die Unterlassung einer wiederholten Palpation in kurzen Abständen
2. die Unterlassung einer ausreichenden, nämlich bis zu 5 min langen Auskultation des Abdomens
3. die Unterlassung der genauen Abtastung typischer Bruchpforten

Auf die besonders bei Dickdarmileus wichtige rektale Palpation ist bereits eingegangen worden.

Röntgenuntersuchung:

Ein sehr viel spezifischeres Ergebnis liefert die Röntgenuntersuchung (Tab.10). Eine Leeraufnahme des Abdomens im Stehen oder im Liegen auf der Seite stellt einmal für den Patienten eine geringere Belastung dar und zum anderen liefert sie dem Untersucher mit hoher Sicherheit eine Bestätigung oder einen Ausschluß bei der Verdachtsdiagnose Ileus.

Blähung, Aufsteifung und Spiegelbildung sind unverkennbare Zeichen. Meteorismus und Spiegelbildungen im Dickdarmbereich, bei wenig auffälligem Dünndarm, sind geradezu charakteristisch für einen Befall des Dickdarms.

Die Röntgenuntersuchung ermöglicht jedoch nicht nur die Diagnose Ileus, sondern trägt auch zur Beurteilung des Ileusstadiums bei, wie Tab.9 von Gremmel und Mitarbeiter zeigt.

Nach dieser Untersuchung (8) steigt bei Übergang von Stadium III nach Stadium IV die Letalität sprunghaft an; d.h. dieser Übergang stellt einen entscheidenden Schritt zur irreversiblen Darmschädigung dar.

In unserem Krankengut sind allein 58% der Ileusfälle dem Stadium III bis IV zuzuordnen.

Ist die genaue Unterscheidung zwischen Dünndarm- und Dickdarmverschluß nicht möglich, vermag der Kontrasteinlauf weiterzuhelfen. Damit ist einerseits eine genauere Lokalisation möglich, andererseits tritt nicht selten ein gewisser therapeutischer Effekt auf; er leitet eine massive Entleerung ein und der Verschluß ist behoben.

Bei Kontrastmittelgabe ist jedoch zu beachten, daß die Gabe von Barium oral wegen der Impaktation vor der Stenose kontraindiziert ist. Barium gibt zwar gegenüber den Gastrografen ein besseres Kontrastbild, bedingt aber wegen der erwähnten Impaktation auch bei fehlender Perforation bei

der Operation und postoperativ erhebliche Probleme (6).

Rektal darf Barium angewandt werden, es sei denn, es liegt eine frische Verletzung des Kolons vor (V).

Laboruntersuchungen:

Die präoperativen Bestimmungen der Laborwerte, speziell der Elektrolyte wie Kalium, Natrium und Chlor spielen bei der Stellung der Diagnose Ileus eine untergeordnete Rolle. Sie stellen nur ein Maß für den Schweregrad dar (20).

Keinesfalls lassen diese Elektrolyt-Werte differenzierte Rückschlüsse auf die Lokalisation des Verschlusses oder auf den Funktionszustand des gestörten Darmes zu (18,19,20). Die Hypokaliämie fand sich in 98 Fällen (=24,5%) präoperativ in unserem Krankengut.

Im Gegensatz zu Zierott konnte jedoch bei den Dickdarmileus-Fällen keine Häufung der Hypokaliämie gegenüber den Dünndarmverschlüssen festgestellt werden.

Routineuntersuchungen wie Blutstatuts, Urinuntersuchungen, Temperatur etc. lassen nur Rückschlüsse auf den Allgemeinzustand des Patienten zu und geben keinerlei Auskünfte über Ileusspezifische Vorgänge.

Erstversorgung:

Die Sondenentlastung des Magens ist für jeden Ileus obligat und sollte schon zu Beginn aller Behandlungsmaßnahmen stehen und somit bereits durch den einweisenden Arzt gelegt werden. Die Verordnung einer absoluten Nahrungskarenz und auch der Ersatz verlorener Flüssigkeit, Elektrolyte und Kolloide sollte ebenfalls vor der umgehenden Einweisung in die Klinik erfolgen (Tab.6) (14,17).

Magenspülungen dagegen sind beim Ileus völlig obsolet und führen nur zur Aspiration und Belästigung des Patienten (V). Auch die Gabe von Schmerzmitteln ist meistens nicht indiziert und führt nur zu einem wertvollen Zeitverlust und damit einer Verschlechterung der Prognose.

Es hat sich zudem gezeigt, daß des öfteren konservative Versuche mit Prostigmin, Hypophysin oder hochkonzentriertem Kochsalz gemacht wurden. Dazu ist zu sagen, daß einmal die kaliumverarmte Muskelzelle schlecht auf Parasympathikomimetika anspricht, andererseits die Ursache des Ileus völlig unbeeinflusst bleibt.

Bei der Entscheidung, ob chirurgische oder konservative Therapie, wird viel zu oft das Operationsrisiko überschätzt und eine gefährliche, weil verzögerte konservative Therapie versucht.

Unser Krankengut weist bei 125 von 400 Patienten (31%) vor der chirurgischen Therapie eine erfolglose konservative Therapie mit feuchter Wärme, Einläufen, Rhizinus etc. auf; teilweise 8-14 Tage und länger!

Ist der Patient zur chirurgischen Therapie überwiesen, sollte auch in der Klinik keine weitere kostbare Zeit vergeudet werden.

Tab.7 gibt die Dauer von der Aufnahme bis zur OP wieder. Es ist ersichtlich, daß in unserem Krankengut 63,3% innerhalb der ersten 48 Stunden chirurgisch versorgt wurden.

Trotz ständiger Verbesserung der therapeutischen Maßnahmen ist die Letalität der Erkrankung immer noch sehr hoch. Nach Angaben aus Lehrbüchern (1,13) und nach anderen Arbeiten (3,5,17,19) etwa um die 20%-Grenze. Das eigene Patientengut (Dickdarmileus) zeigt, mit einer großen Anzahl maligner Verschlüsse, eine Letalität von 23,2% auf.

Eine Todesursache bei Ileus-Patienten ist die Aspiration, die Todesursache mit der höchsten Dunkelziffer (V). Nur in

3 Fällen (n=400) konnte aber eine Aspiration sicher nachgewiesen werden.

Zierott (20) fand in seiner Arbeit eine positive Korrelation zwischen der Letalität und der Ileusdauer. Auch in unserem Krankengut (n=400) wird diese Korrelation deutlich (Abb.3).

Zusammenfassung:

Bei 121 Dickdarm-Ileus-Patienten wurden die diagnostischen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wertigkeit, ihrer Aussagekraft und ihrer Fehlermöglichkeiten untersucht.

Dabei ist vor allem eine möglichst schnelle und eine möglichst genaue Diagnose zu fordern.

Wie ersichtlich wurde, ist die exakte Anamneseerhebung unerlässlich und ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Alter und Vorgeschichte können dabei sehr wichtige Hinweise liefern. So ergab sich bei der Altersverteilung einmal ein deutlicher Altersgipfel von der 5. bis zur 7. Lebensdekade (4,9,20), zum anderen ein sehr hoher Anteil in der 1. Lebensdekade. Bei einem deutlichen Überwiegen der mech. Ileuszustände (21) verursachten stenosierende Tumoren die meisten Dickdarmverschlüsse (3,5,7,17,20). 54,8% dieser Tumoren lagen dabei im Sigma- und Rektumbereich (33% aller Dickdarmilei) und waren somit der digitalen Palpation und der Koloskopie zugänglich.

Besteht eine Verdachtsdiagnose, sind einerseits das häufige Delegieren an andere Kollegen bzw. Fachärzte (34,8% konsultierten zwei oder mehr Ärzte), andererseits die versuchsweise konservative Therapie nicht gerechtfertigt, da zu kostbare Zeit verloren geht und die Letalität mit der Ileusdauer korreliert (20).

Die Sondenentlastung des Magens ist für jeden Ileus obligat und sollte schon zu Beginn aller Behandlungsmaßnahmen stehen (14,17). In 348 Fällen unseres Patientengutes (n=400) war eine Sondenentlastung des Magens nachzuweisen.

Die Röntgenuntersuchung ermöglicht nicht nur die Diagnose Ileus, sondern trägt auch zur Beurteilung des Ileusstadiums bei (8). In unserem Krankengut sind allein 58% der Fälle dem Stadium III bis IV zuzuordnen; d.h. dem Übergang zur irreversiblen Darmschädigung.

Laboruntersuchungen, speziell Elektrolytverschiebungen spielen bei der Stellung der Diagnose Ileus eine untergeordnete Rolle. Sie stellen nur ein Maß für den Schweregrad dar (20). Im Gegensatz zu Zierrott (20) konnte bei den Dickdarmileus-Fällen keine Häufung einer Hypokaliämie gegenüber den Dünndarmverschlüssen festgestellt werden (21). Ist der Patient zur chirurgischen Therapie überwiesen, sollte auch in der Klinik keine kostbare Zeit vergeudet werden. Es zeigte sich, daß 63,3% unserer Patienten (n=400) innerhalb der ersten 48 Stunden chirurgisch versorgt wurden. Trotz ständiger Verbesserung der therapeutischen Maßnahmen ist die Letalität der Erkrankung immer noch sehr hoch, etwa 20% (3,5,17,13,19). Das eigene Patientengut (n=121) weist, mit einer großen Anzahl maligner Verschlüsse, eine Sterblichkeit von 23,20% auf, wobei das toxische Herz-Kreislaufversagen (10,79%) die häufigste Todesursache war.

Die Diagnose Ileus erfordert somit weder eine subtile Diagnostik noch zahlreiche diagnostische Einzelbefunde. Im Zweifelsfalle ist die sofortige Operation einer abwartenden konservativen Therapie vorzuziehen.

Literatur:

- 1) Allgöwer, M.:
Allgemeine und spez. Chirurgie
Springer Verlag (1976)
- 2) Davis, S.E., Sperling, L.:
Obstruction of the small intestine
Arch. Surg. 99, 424 (1969)
- 3) Dinstl, K., Hofbauer, F.:
Behandlungsergebnisse beim mech. Ileus
ZBL. Chir. 101/23:1420 (1976)
- 4) Dowe, H.T.:
Der Ileus im Spiegel der Statistik
Med. Diss. an der Akademie in Düsseldorf (1964)
- 5) Elzenbaum v., H.:
Letalität bei akuten operierten Ileus
ZBL. Chir. 100/3 (1975)
- 6) Friedmann, G.:
Röntgenologische Notfalldiagnostik bei akutem Abdomen
Diagnostik 8/3, 100-103 (1975)
- 7) Glaeser, A., Weinert, B.:
Fehldiagnosen bei Dickdarmkarzinomen
ZBL. Chir. 101/7, 418-421 (1976)
- 8) Gremmel, H., Grewe, H.E.:
Langenbecks Arch.
Klin. Chir. 308/198 (1964)

- 9) Hartmann, H., Büchner, F.:
Langenbecks Arch.
Klin. Chir. 315/46 (1966)
- 10) Heusser, H.:
Die Erkennung und Behandlung des akuten Darmverschlusses
Vorträge aus der praktischen Chirurgie, Stuttgart: Enke,
F. (1956)
- 11) Maurer, W., Enderlin, F.:
Chir. Prax.
6/477 (1962)
- 12) Reifferscheid, M.:
Langenbecks Arch.
Klin. Chir. 308/191 (1964)
- 13) Reifferscheid, M.:
Chirurgie
Thieme Verlag
- 14) Roesch, W.:
Ileus
Dtsch. Ärzteblatt, Heft 73/35 (1976)
- 15) Savage, P.T.:
Brit. J. Surg. 47/643 (1967)
- 16) Schink, W.:
Chirurg. Therapie des akuten Abdomens
Diagnostik 8/3:109 (1975)
- 17) Schriefers, K.H.:
Der mech. Ileus
Chirurg 46/2:49 (1975)

- 18) Staib, I.:
Langenbecks Arch.
Klin. Chir. 308/734 (1964)
- 19) Wachsmuth, W.:
Langenbecks Arch.
Klin. Chir. 308/143 (1964)
- 20) Zierott, G., Deltz, E., Maatz, E.:
Was leistet die herkömmliche Ileusdiagnostik
Med. Welt 28/10:474 (1977)
- 21) Engelhardt, T.:
Beurteilung der herkömmlichen Ileusdiagnostik unter
besonderer Berücksichtigung des Dünndarmileus

Die mit (V) gekennzeichneten Stellen beziehen sich
auf den Vortrag: Was darf zur Diagnose des Ileus
nicht gemacht werden ? (Schellener)

Lebenslauf

- 26.1.1953 in Bamberg geboren
- 1959 Eintritt in die Grundschule in Forchheim
- 1964 Aufnahme in das Gymnasium in Forchheim
- 1973 Abitur an dieser Schule
- 1973 Ableistung des 15-monatigen Bundeswehr-
dienstes in Nürnberg und in Bremen
- 1.10.1974 Studium der Medizin in Erlangen
- 27.8.1976 Ärztliche Vorprüfung
- 26.8.1977 1.Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 21.8.1979 2.Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 26.11.1980 3.Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Copy-Center 2000

852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197